

様式第4号(第6条関係)

福島市長

年 月分 重度心身障がい者医療費請求書

	市町村番号						県番号		医療機関コード						
	0	7	0	0	1	1	0	7							

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名



下記のとおり請求する。

年 月 日

区分	明細書枚数	件 数	総 点 数	請 求 額	送達書類	
合計				一 部 負 担 金		
	枚	件	点	円	枚	枚
【 内 訳 】						
①国 保	枚	件	点	円	枚	枚
②後期高齢	枚	件	点	円	枚	枚
③社保等	枚	件	点	円	枚	枚

様式第5号(第6条関係)

福島市長

年 月分 重度心身障がい者医療費(連記式)明細書

No

いづれかにレをつけてください。

☐ 国民健康保険

☐ 後期高齢

☐ 社保等

市町村番号

070011

県番号

07

医療機関コード

保険医療機関等の所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

受給資格者証 番号	受給資格者 カナ氏名 (カナ氏名のみ記入)	※① 性別	※② 生年月日				医療保険者番号							※③ 本・家	診療年月		※④ 診療 科	※⑤ 入外	※⑥ 公費 法別	※ ⑦ Ⓔ	診 日	療 数	点 数	請 求 額	備考
			年号	年	月	日									年	月								一 部 負 担 金	
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		
—																					日	点	円		

<記載コードの説明>

① 性 別：男→1 女→2

② 生年号：明治→1 大正→2 昭和→3 平成→4

③ 本・家：本人→1 家族→2

④ 診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載

⑤ 入 外：入院→1 入院外→2

⑥ 公費法別：法別番号を記入

⑦ Ⓔ：該当→1 非該当→空白